Occlusions intestinales aiguës

I- DEFINITION

- L’occlusion intestinale aiguë (OIA) est un syndrome qui se définit par un arrêt du transit intestinal (arrêt des matières et des gaz).
- La traduction clinique et le pronostic sont fonction du mécanisme, du siège et de l'étiologie de l'occlusion

Devant une occlusion intestinale, il faudra répondre aux quatre questions suivantes

- l/ Quelle est la nature de l'occlusion ?
- 2/ Quel est son siège ?
- 3/ Quel est son mécanisme ?
- 4/ Quelle est sa cause ?



II. PHYSIOPATHOLOGIE

- L'intestin est composé du grêle, du côlon et du rectum.
- Le grêle mesure 6,5 mètres, il est mobile et en position centrale.
- Le côlon mesure 1,5 mètre, il est périphérique avec une alternance de segments mobiles et de segments fixes.
- Les conséquences du syndrome occlusif sont différentes selon :
- • **le mécanisme (obstruction, strangulation ou paralytique)**
- • **le niveau de l'occlusion.**

1. Occlusion par obstruction.

- L'occlusion se constitue généralement progressivement.
- L'intestin lutte contre l'obstacle par une augmentation du péristaltisme.
- Puis, l'intestin se distend en amont de l'obstacle par :
- • accumulation de liquide (alimentaire, sécrétion digestive et extravasation plasmatique) ;
- • accumulation de gaz (air ingéré et fermentation).

- Les conséquences de cette accumulation sont une augmentation de la pression intraluminale entraînant une compression des veinules pariétales et un blocage du retour veineux.

- **La stase veineuse est responsable** :
- • d'une diminution des capacités de réabsorption qui sont rapidement dépassées, ce qui aggrave la distension ;
- • d'un œdème pariétal par accumulation de liquide dans la paroi.
- compression artériolaire responsable d'une anoxie tissulaire et d'une augmentation de la perméabilité des capillaires.
- passage de liquide dans la cavité péritonéale et la constitution d'un épanchement intra péritonéal.

Un 3ème secteur se forme progressivement constitué par :

- • l'épanchement intra péritonéal ;
- • la séquestration veineuse mésentérique ;
- • la distension intestinale.

- **Les conséquences physiopathologiques sont :**
- • une déshydratation extra-cellulaire (aggravée par les vomissements) avec oligurie, insuffisance rénale fonctionnelle et hémoconcentration ;
- • une perte ionique (sodium, chlore et potassium). L'hypokaliémie majore l'atonie et la distension intestinale ;
- • une diminution de la fonction ventilatoire par distension abdominale accentuant l'hypoxie tissulaire.
- La pullulation microbienne liée à la stase peut entraîner des bactériémies par diffusion (translocation bactérienne).

2. Occlusion par strangulation

- Au niveau de l'anse intéressée par la strangulation, le problème essentiel en est la vitalité.

- L'occlusion artérielle entraîne une ischémie avec un risque de nécrose et de péritonite par perforation.

3. Occlusion fonctionnelle

- L'occlusion fonctionnelle ou iléus paralytique est secondaire à une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale, de cause réflexe, infectieuse ou inflammatoire, qui aboutit à la paralysie du péristaltisme intestinal.

- L'occlusion cède avec le traitement de la cause.

IV. DIAGNOSTIC DU SYNDROME OCCLUSIF

- Le diagnostic du syndrome occlusif est clinique.
- Les examens complémentaires ne font que confirmer l'occlusion et permettent parfois un diagnostic étiologique.

1. Examen clinique

- Le syndrome occlusif typique associe trois signes fonctionnels et un signe physique.

a) TRIADE FONCTIONNELLE

- La triade associe douleur abdominale, nausées et/ou vomissements, et arrêt des gaz et des matières.

Douleur abdominale dont on précisera :

- • le début brutal ou progressif ;
- • le siège initial et les irradiations ;
- • l'intensité et le type ;
- • l’évolution continue ou par paroxysme

Nausées et vomissements

- sont d'autant plus précoces que l'obstacle est haut situé ;
- • les vomissements sont initialement alimentaires, puis bilieux et deviennent fécaloïdes à un stade tardif;
- • ne soulagent pas la douleur dans les occlusions coliques.

Arrêt des matières et des gaz

- • l'arrêt des gaz est pathognomonique de l'occlusion ;
- • il est d'autant plus précoce que l'obstacle est bas situé
- • l'arrêt des matières peut être masqué par la vidange de l'intestin d'aval.

b) SIGNES GÉNÉRAUX

- Ils sont fonction du temps écoulé depuis l'installation de l'occlusion, de l'étiologie et des antécédents du patient.
- •L'état général est conservé dans les 6 premières heures.
- •Les signes de déshydratation apparaissent secondairement et associent tachycardie, hypotension, oligurie, persistance du pli cutané, langue sèche, voire état de choc.
- •Il n'y a pas de fièvre au début. La fièvre doit faire craindre une souffrance intestinale.

C) signes physiques.

Inspection :



- **Météorisme abdominal**

- Le ballonnement n'apparaît pas immédiatement.
- -Il est d'autant plus important que l'obstacle est bas situé.
- - On précisera son siège : central, localisé, en cadre, ou diffus.
- - Et sa mobilité chez le sujet maigre : ondulations péristaltiques déclenchées par une chiquenaude.
- - Le météorisme est difficile à apprécier chez les patients obèses.
- •Cicatrices abdominales.

Palpation :

- • **Abdomen.**
- - La palpation de l'abdomen doit être réalisée avant l'administration de sédatifs.
- - L'abdomen est généralement tendu mais souple sans défense ni douleur à la décompression.
- - Une douleur avec une défense localisée signent une souffrance intestinale.
- - Le siège de la douleur provoquée ou d'une masse palpable orientent l'enquête étiologique.
- • **Orifices herniaires et éventration :** Leur palpation est systématique à la recherche d'une tuméfaction douloureuse non réductible, témoin d'un étranglement

Percussion :

- Le tympanisme au niveau du météorisme est le témoin de l'accumulation de gaz dans le tube digestif en amont de l'obstacle.
- • La matité des flancs signe un épanchement intra-péritonéal.
- • La disparition de la matité pré-hépatique traduit la présence d'un pneumopéritoine.

Auscultation :

- • L'accentuation des bruits hydro-aériques traduit l'augmentation du péristaltisme en amont de l'obstacle.
- • Le silence abdominal signe une paralysie intestinale.

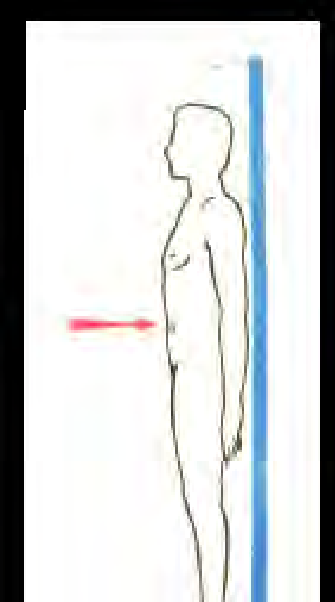
Touchers pelviens systématiques

- • Le toucher rectal montre l'absence de matières dans l'ampoule rectale.
- • On recherchera un fécalome, une hémorragie digestive, une tumeur rectale, une douleur exquise ou des nodules de carcinose dans le cul-de-sac de Douglas.

ASP

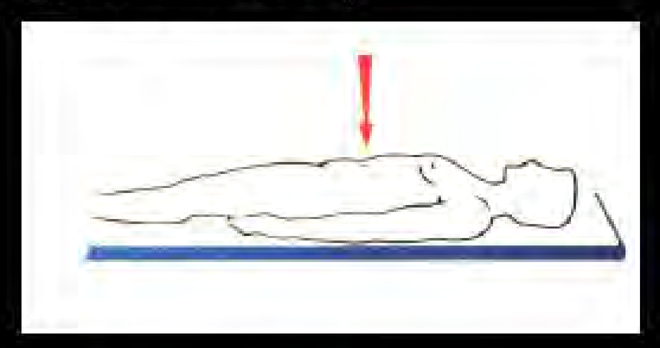
Si patient valide:

- Face debout (rayon horizontal)
- Face debout centré sur les coupoles (rayon horizontal)

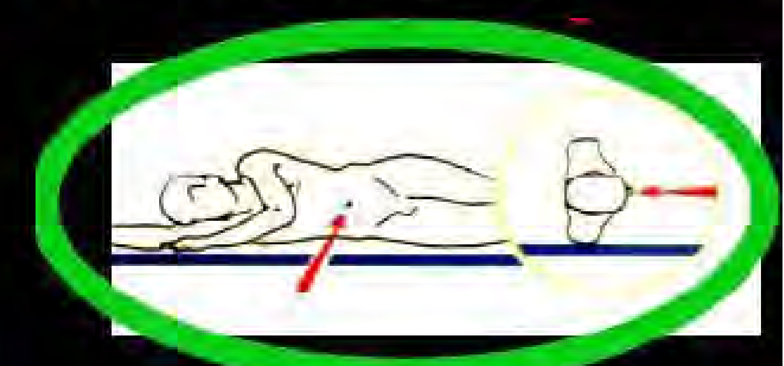


Si patient non valide:

- Face couché (rayon vertical)



- Face en décubitus latéral avec rayon horizontal



RÉSULTATS

- • Le signe fondamental est l'existence de niveaux hydro-aériques (NHA) sur le cliché debout.
- Le niveau hydro-aérique correspond à une opacité liquidienne surmontée par une clarté aérique séparée par un niveau horizontal.
- L'étude de leur topographie et de leur aspect oriente vers le siège de l'occlusion.
- **-Dans une occlusion du grêle les NHA sont centraux, plus larges que hauts**
- **-Dans une occlusion colique les NHA sont périphériques, plus hauts que larges**

- **D'autres signes sont à rechercher de principe**

- - un pneumopéritoine, signe de perforation digestive ;
- - un épanchement intra péritonéal avec grisaille diffuse,
- - une image de calcul vésiculaire ou urinaire ;
- - une stercolithe, pathognomonique d'une appendicite aiguë.

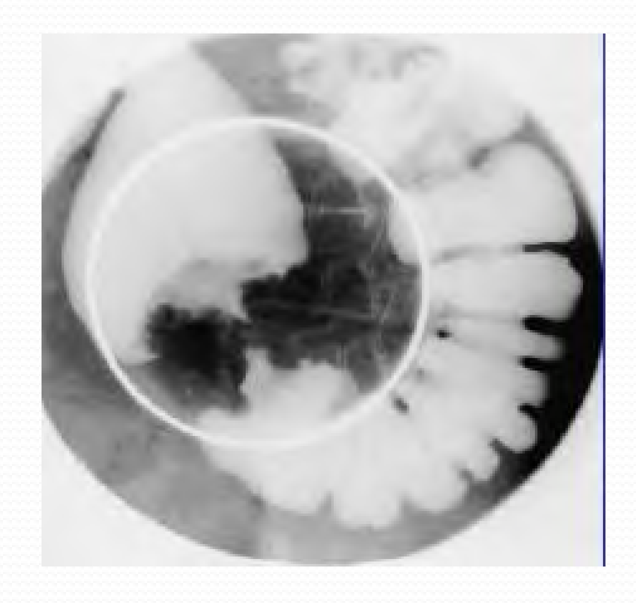
- **• Lavement aux hydrosolubles**
- Il est parfois demandé après les clichés d'ASP pour préciser le siège d'une occlusion colique.

- **• Transit du grêle.**
- Il peut préciser le siège et l'étiologie d'une occlusion haute.

- **• Scanner abdominal.**
- Il permet de faire le diagnostic d'occlusion intestinale en montrant des anses dilatées et des anses de calibre normal, il permet un diagnostic étiologique (néoplasie, malformation intestinale, hernie interne,...).

Lavement aux hydro solubles





IV.DIAGNOSTIC DU MÉCANISME

- **1. Occlusion par obstruction**.
- • L'occlusion se constitue en général progressivement.
- • La douleur abdominale est modérée.
- • Les vomissements sont tardifs.
- • Le météorisme abdominal est diffus.
- **2. Occlusion par strangulation.**
- • Le début est brutal.
- • La douleur abdominale est intense,
- • Le météorisme abdominal est asymétrique, silencieux et immobile.
- **3. Occlusion par paralysie du péristaltisme**.
- • Les signes cliniques sont variables en fonction de la maladie causale.
- • Le début est progressif. Le météorisme abdominal est modéré et diffus.
- • Le diagnostic est radiologique. Les clichés d'ASP montrent une dilatation diffuse du grêle et du côlon.

VI. DIAGNOSTIC DU SIÈGE

- Dans la majorité des cas, les occlusions hautes sont des occlusions par strangulation (occlusion sur bride) et les occlusions basses sont des occlusions par obstruction (occlusion néoplasique).
- Le diagnostic du siège de l'occlusion repose sur les examens clinique et radiologique.

a) OCCLUSION DU GRÊLE

- Clinique :
- • Les douleurs sont intenses, à début brutal. Les vomissements sont fréquents, soulageant parfois la douleur. Ils sont d'autant plus précoces que l'occlusion est haute. L'arrêt du transit est tardif.
- • Le météorisme abdominal est modéré.
- Radiologiquement :
- • Les niveaux hydro-aériques sont multiples, centraux, plus larges que hauts.
- • II n'y a pas de gaz dans le côlon.

b) OCCLUSION DU COLON

- . **Clinique :**
- L'arrêt du transit est net et précoce. Le météorisme abdominal est important, le plus souvent diffus. Les vomissements sont tardifs.
- **Radiologiquement :**
- • Les niveaux hydro-aériques sont peu nombreux, périphériques, plus hauts que larges.

VII. ÉTIOLOGIE

- **1. Occlusion du grêle.**

- **a) OCCLUSION DU GRÊLE PAR STRANGULATION.** Occlusion sur brides ou adhérences péritonéales :
- Ces adhérences sont la cause la plus fréquente d'occlusion du grêle. Dans plus de 80 % des cas, elles sont post opératoires. Toute laparotomie peut conduire à la formation de brides ou d'adhérences intra-péritonéales.

- Les arguments en faveur de ce diagnostic sont :
- - la présence d'une cicatrice abdominale ;
- - des douleurs abdominales à début brutal, intenses ;
- - des nausées et des vomissements précoces et répétés ;
- - un arrêt du transit incomplet ou tardif (par vidange du segment d'aval de l'intestin) ;
- - un météorisme peu marqué, central ;
- - - un retentissement rapide sur l'état général ;
- - des orifices herniaires libres ;
- - sur l'ASP, des signes d'occlusion du grêle.

Invagination intestinale aiguë :

- Elle survient sans cause apparente chez l'enfant et associe une occlusion par strangulation et une obstruction.
- Chez l'adulte, elle est rare et est le plus souvent secondaire à une lésion organique (tumeur).

b) occlusion du grêle par obstruction. Les lésions pariétales

- **- Tumeur du *grêle*.**
- Il s'agit de tumeur rare qui représente 3 % des tumeurs digestives.
- **La tumeur peut être :**
- • bénigne : léiomyome, lipome, neurinome ou schwannome ;
- • maligne : adénocarcinome, carcinoïde, lymphome ou sarcome, stromale.
- Elle réalise un syndrome de Kœnig associant des douleurs abdominales localisées, violentes, survenant par crises et cédant spontanément avec des bruits hydro-aériques.

• Sténose inflammatoire.



- Le contexte est évocateur (maladie de Crohn, entérite tuberculeuse).
- • Sténose cicatricielle (ischémique, post radique ou anastomotique).
- • Hématome mural (sous anticoagulant ou post-traumatique).



- **Obstacle endoluminal** :
- • Iléus biliaire.
- C'est une étiologie rare d'occlusion du grêle par migration d'un volumineux calcul par une fistule cholécysto-digestive, le plus souvent cholécysto-duodénale.
- Il survient classiquement chez une femme âgée et se manifeste par une occlusion du grêle évoluant par crises qui traduisent les blocages successifs.
- Le diagnostic repose sur les clichés d'ASP qui montrent :
- • une occlusion du grêle ;
- • une aérobilie ;
- • parfois une image calcique arrondie dans la fosse iliaque droite.

- - **Bézoard.**
- Il s'agit de concrétion alimentaire formée dans l'estomac. Le facteur favorisant est la stase gastrique (gastroparésie diabétique, ou après vagotomie tronculaire).
- - **Ascaridiose.**
- Il s'agit d'une obstruction parasitaire (Ascaris lumbricoides) qui survient plus particulièrement chez les enfants et qui siège de préférence sur l'iléon terminal

- **Obstacle extraluminal** :
- **Carcinose péritonéale.**
- Un antécédent de cancer, la présence d'une ascite et la perception de nodules tumoraux dans la cul-de-sac de Douglas au toucher rectal sont évocateurs.
- - **Compression par une tumeur de *voisinage*.**
- - **Compression par un abcès.**

c) OCCLUSION FONCTIONNELLE DU GRÊLE.

- **Étiologies digestives :**
- - **Foyer infectieux intra-abdominal.**
- • Appendicite aiguë, surtout méso cœliaque.
- • Diverticulite aiguë (sigmoïdite, Meckel).
- • Cholécystite aiguë.
- • Salpingite et abcès d'origine génitale.
- • Péritonite.
- • Toute collection infectée intra péritonéale.

Secondaire à une agression péritonéale

- • Chimique : ulcère perforé.
- • Inflammatoire : pancréatite aiguë.
- • Hémorragique : hémopéritoine.
- • *Secondaire à une pathologie vasculaire ischémique.* Infarctus du mésentère.
- • Postopératoire.

Étiologies extra-digestives

- • ***Causes réflexes.***
- • Colique néphrétique.
- • Rétention aiguë d'urine.
- • Colique hépatique.
- • Torsion de kyste de l'ovaire.
- • Hématome rétro péritonéal secondaire à un traumatisme ou à un accident des anticoagulants.
- • Post-chirurgical (chirurgie du rachis).
- • Infarctus du myocarde.
- • Anévrysme aortique fissuré.
- • Causes médicamenteuses.
- • Neuroleptiques.
- • Antiparkinsoniens.

- • **Causes *métaboliques*.**
- • Hypokaliémie.
- • Saturnisme.
- • La crise de porphyrie aiguë intermittente (les urines sont de couleur porto).
- • **Causes *neurologiques*.**
- • Sclérose en plaque.
- • Maladie de Parkinson.
- • Syndrome radiculaire.

2. Occlusion du côlon.

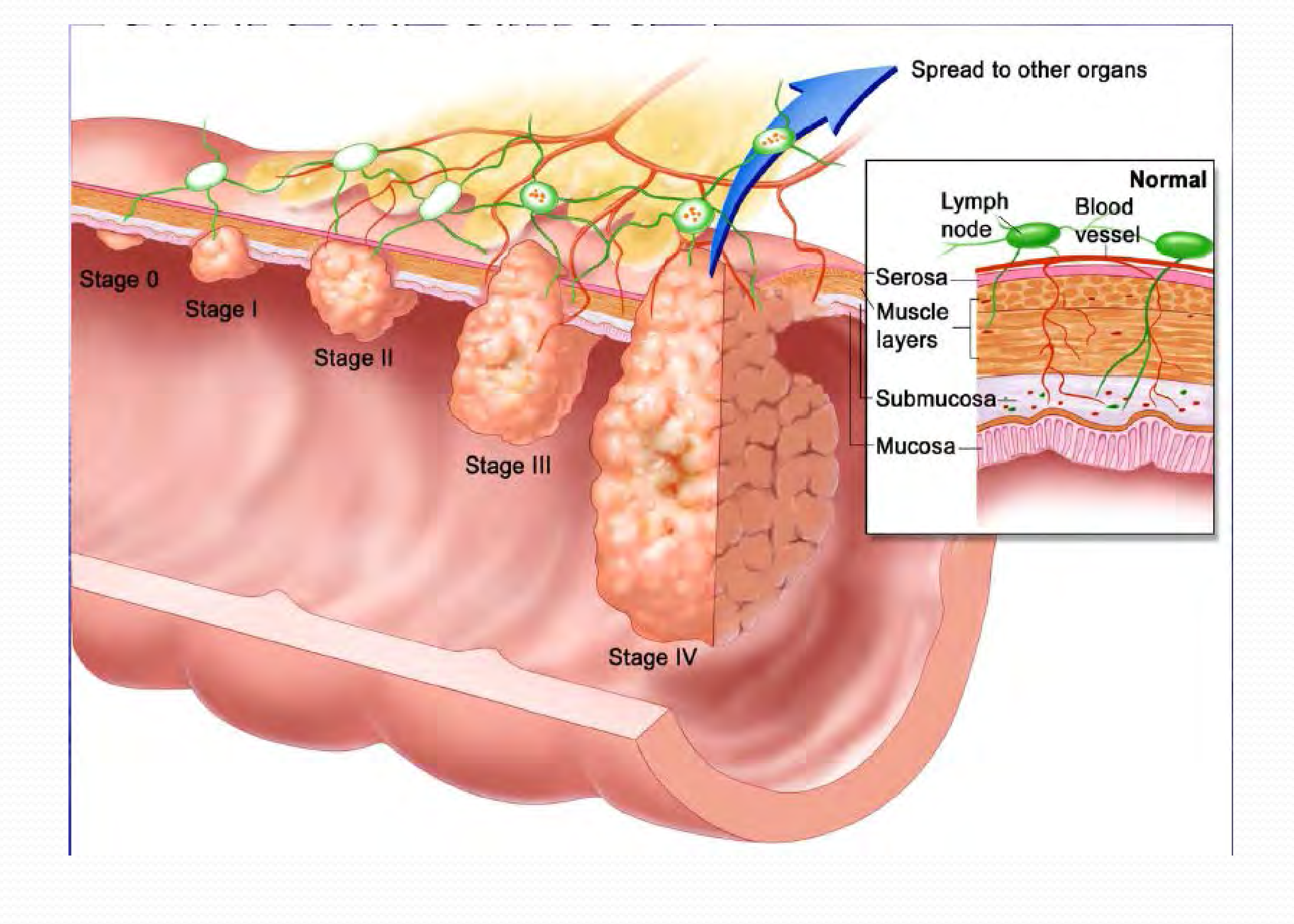
- **a) OCCLUSION DU CÔLON PAR STRANGULATION.**
- **Volvulus du sigmoïde :**
- II représente 80 % des volvulus du côlon, il survient chez un sujet âgé, classiquement constipé de longue date.
- Le principal facteur prédisposant est un dolicho sigmoïde avec un méso-sigmoïde étroit.
- L'anse sigmoïdienne effectue une torsion de un ou plusieurs tours sur son axe méso colique.

Les arguments en faveur de ce diagnostic sont :

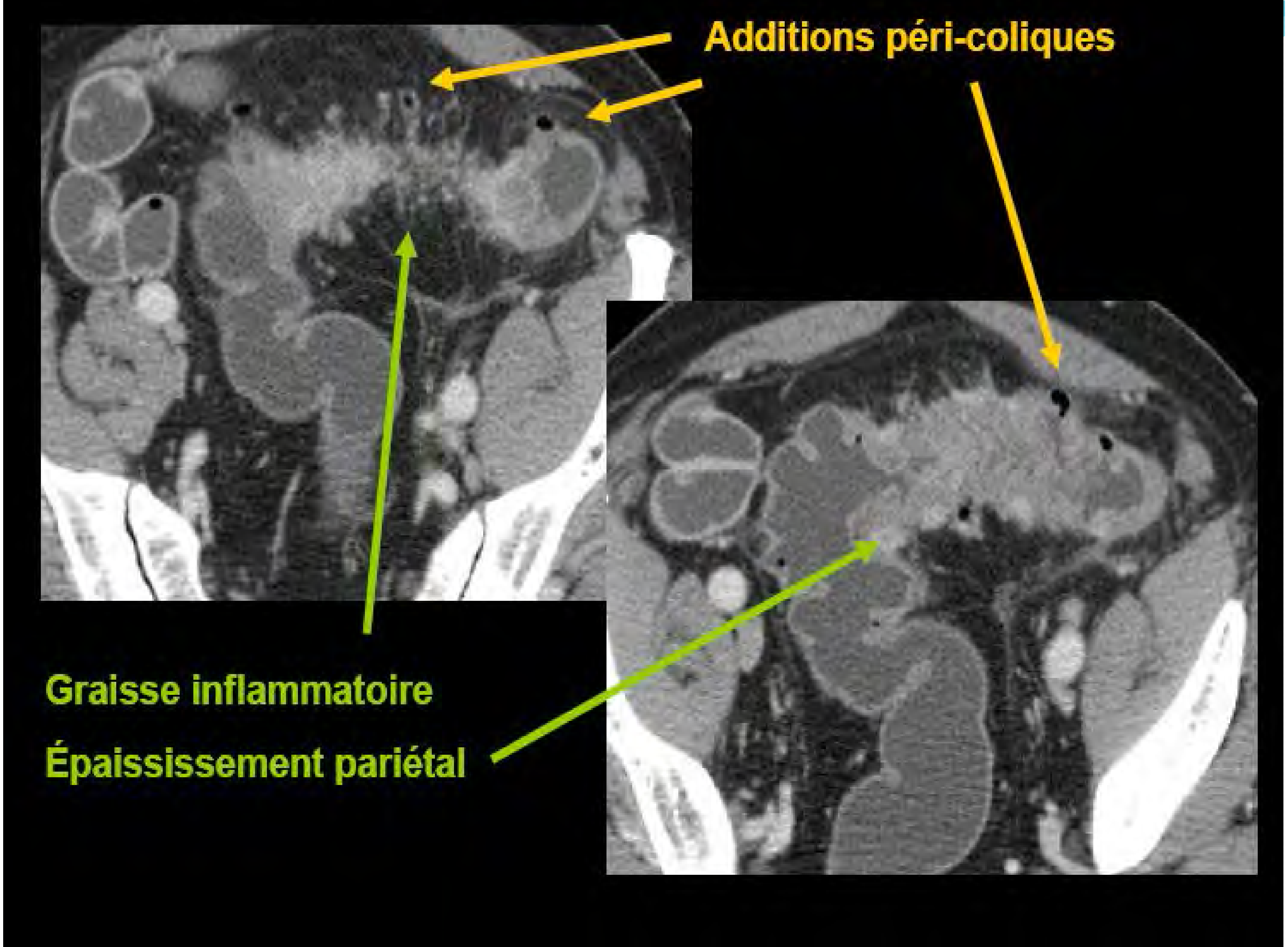
- • des douleurs abdominales peu intenses ;
- • des vomissements absents ou tardifs ;
- • un arrêt des gaz et des matières complet et précoce ;
- •un volumineux météorisme abdominal asymétrique, étendu de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre droit
- **•sur les clichés d'ASP** : une énorme clarté gazeuse médiane dessinant un arceau avec deux niveaux hydro-aériques au pied des deux jambages ;

- **Volvulus du caecum :**
- • II est beaucoup plus rare. Il est secondaire à un défaut d'accolement du fascia de Told.
- • II se traduit par une occlusion du grêle.
- **Volvulus du côlon transverse** :
- II est exceptionnel.
- **Autres causes :**
- • Étranglement colique dans une hernie diaphra-gmatique.
- • Invagination colo-colique.

- **b) OCCLUSION DU CÔLON PAR OBSTRUCTION.**
- **Cancer du côlon en occlusion :**
- Le cancer du côlon est la cause la plus fréquente d'occlusion colique. L'occlusion est un mode de révélation de cancer du côlon dans 16 à 25 % cas.
- Il s'observe surtout après 50 ans et réalise une occlusion basse par obstruction d'installation progressive.
- Le cancer siège 2 fois sur 3 sur le côlon gauche.


Spread to other organs
Normal
Lymph node
Blood vessel
Serosa
Muscle layers
Submucosa
Mucosa
Stage 0
Stage I
Stage II
Stage III
Stage IV

- **Sigmoïdite diverticulaire :**
- L'occlusion représente 4% des complications de la sigmoïdite.
- Elle se traduit par :
- • une sigmoïdite pseudotumorale avec masse ou empattement de la fosse iliaque gauche et fièvre.
- • ou une occlusion inflammatoire avec défense en fosse iliaque gauche plus ou moins fébrile.
- Le diagnostic repose sur le scanner abdominal.


Additions péri-coliques
Graisse inflammatoire
Épaississement pariétal

- **Autres causes :**
- **• Fécalome** :
- C'est une obstruction colique ou rectale par des selles dures.
- • **Tumeur bénigne** (polype, endométriose).
- • **Corps étranger intrarectal**



- **c) OCCLUSION FONCTIONNELLE DU CÔLON.**
- • **Maladie de Hirschsprung :**
- C'est une malformation congénitale familiale, touchant le plus souvent le sexe masculin, définie par l'absence de cellules neuronales dans les plexus intrinsèques de Meissner et Auerbach. Elle se révèle rarement à l'âge adulte.

- **VIII. TRAITEMENT** : Visant un triple but :
- ***Lutter contre les troubles physiopathologiques***
- ***Lever l'obstacle et rétablir le transit***
- ***Prévenir les récidives***
- c'est dire que ce traitement ne saurait être que chirurgical
- 1) méthodes :
- a) médicales : se proposent de lutter contre la distension intestinale et corriger les troubles hydroélectrolytiques, humoraux et infectieux.

- ¨ Lutter contre la distension intestinale : aspiration digestive continue

- · Mise en place dés l'arrivée du malade, elle ne doit être enlevée qu'après le reprise du transit intestinal.
- ¨ Lutter contre les troubles hydroélectrolytiques : Ne peut être envisagé sans un bilan précis de ces troubles.

- · La reéquilibration humorale ; comprend ainsi
- Sang frais isogroupe pour compenser d'éventuelle hémorragie interne des occlusions par strangulation
- Sérum isotonique ; si hypertonie et du sérum hypertonique si hypotonique
- Electrolytes en fonction de l'ionogramme sanguin
- Sera suivie cliniquement et biologiquement ¨ Lutter contre l'infection :
- · Antibiothérapie ; pour éviter la pullulation microbienne et l'aggravation des troubles par les toxines sécrétées par ces microbes.
- ¨ Apport calorique suffisant
- · Lutter contre les éventuelles tares

- a) Chirurgicales :
- ¨ Palliatives ; ce sont les éventuelles dérivations :
- · Dérivations externes : on peut faire de haut en bas :
- Les iléostomies ; le moins souvent possible
- Caecostomies : rarement car elles dérivent mal
- Colostomie ; sur le transverse ou pelvienne le plus souvent

- Dérivations internes ; ou court-circuit de l'obstacle en réunissant l'intestin en amont et en aval de l'obstacle ; iléotransversotomie le plus souvent
- ¨ Curatives
- · Section d'une bride, libération d'adhérences
- · Levée d'un obstacle extrinsèque en particulier tumoral
- · Levée d'un obstacle intrinsèque après entérotomie(calcul biliaire, paquet d'ascaris)
- · Détorsion qui nécessite une reconnaissance du sens de torsion, qui n'est pas toujours aisé sur un intestin volumineux, un méso oedèmatié, un lieu de torsion profond

- Elle doit être mené de façon douce, sans traction après section d'une bride éventuelle
- A éviter en cas de lésion gangreneuse de l'anse ou du méso (car inondation de l'intestin d'aval par les produits toxiques) qui relève de :
- * La résection avec ou sans anastomose immédiate ; longtemps condamnée par ses risques opératoires, elle est rendue possible par le progrès de la réanimation, s'impose si la vitalité de l'anse est douteuse, réalisée en clampant l'intestin de part et d'autre pour éviter l'irruption des produits toxiques en aval lorsque l'anastomose est immédiate, celle-ci doit se faire en tissu sain.

- 2) INDICATIONS :
- a) Médicale : Ne se discute pas le traitement médical s'impose toujours et d'abord poursuivi en cas d'intervention en per et postopératoire jusqu'à reprise du transit intestinal
- b) Chirurgicales : Passent par plusieurs questions :
- ¨ Quand il faut opérer ? :
- · Il faut opérer vite même le sujet taré, chaque fois que l'on suspecte une occlusion par strangulation ou d'une occlusion du grêle, c'est dire la préparation médicale ne saurait dépasser les deux à trois heures
- · Il faut toujours opérer à temps les occlusions basses par obstruction qui permettent une réanimation plus efficace
- · Il faut opérer tard les occlusions fonctionnelles qui n'ont pas céder au traitement médical.

- 2) INDICATIONS :
- a) Médicale : Ne se discute pas le traitement médical s'impose toujours et d'abord poursuivi en cas d'intervention en per et postopératoire jusqu'à reprise du transit intestinal
- b) Chirurgicales : Passent par plusieurs questions :
- ¨ Quand il faut opérer ? :
- · Il faut opérer vite même le sujet taré, chaque fois que l'on suspecte une occlusion par strangulation ou d'une occlusion du grêle, c'est dire la préparation médicale ne saurait dépasser les deux à trois heures
- · Il faut toujours opérer à temps les occlusions basses par obstruction qui permettent une réanimation plus efficace
- · Il faut opérer tard les occlusions fonctionnelles qui n'ont pas céder au traitement médical.

IX.CONCLUSION

- L'occlusion intestinal aiguë est une urgence médico-chirurgicale ; son diagnostic peut être fait rapidement au lit du malade par des explorations simples ; la plus importante étant l'interrogatoire.

- En fait, il ne suffît pas d'affirmer l'existence d'une occlusion mais il faut aussi en préciser le mécanisme ; car c'est lui qui conditionne les indications thérapeutiques allant de l'abstention chirurgicale à l'intervention en urgence.

- La réanimation des occlusions intestinales est d'abord la compensation du déficit extra-cellulaire.

- Lorsqu'une occlusion entraîne une déshydratation sévère, l'urgence est à la réanimation avant d'être opératoire. L'intervention permet de lever l'obstacle et de traiter la cause puis de rétablir le circuit digestif.